

Plastische heelkunde

Borstreconstructie





Campus Rumst

PROF. DR. THIERRY TONDU

+32 473 64 22 14

t.tondu@clinic12b.be

PROF. DR. FILIP THIESSEN

+32 496 69 50 99

filip.thiessen@clinic12b.be

Clinic | 12B

DR. INA VRINTS

+32 486 75 87 92

ina.vrints@clinic12b.be

DR. JANA VAN THIELEN

+32 479 83 37 26

jana.vanthielen@clinic12b.be

Campus Bornem

DR. KATRIEN LAGEY

03 860 38 63

katrien.lagey@azr.be

Wat is een borstreconstructie?

Met de term borstreconstructie bedoelt men herstel van de borst qua grootte en vorm. Het doel is een natuurlijk uitziende borst creëren die symmetrisch is aan de andere - gezonde of gereconstrueerde - borst. In de meeste gevallen dienen ook de tepel en het tepelhof gereconstrueerd te worden. Dit gebeurt meestal in een tweede fase, met aandacht voor symmetrie in grootte, positie en kleur.

Na een borstamputatie (mastectomie) wordt het volledige volume van de borst gereconstrueerd door middel van een implantaat, eigen weefsel, of een combinatie van beiden. Afhankelijk van het type mastectomie - al dan niet huidsparend - moet ook nieuwe huid worden ingebracht. Littertekens zijn meestal onvermijdelijk, maar deze worden indien mogelijk zó geplaatst dat ze niet zichtbaar zijn in de decolleté.

Ook na een borstsparende ingreep (tumorectomie), waarbij enkel de tumor met een veiligheidsmarge wordt weggenomen, kan een borstreconstructie aangewezen zijn. Na wegnamen van het gezwel, al dan niet gevolgd door aanvullende radiotherapie, is het mogelijk dat de borst een indeuking of andere vervorming vertoont, of asymmetrisch is geworden tegenover de gezonde borst. Dit hangt af van de grootte van de borst en van de grootte en lokalisatie van

het gezwel. Dergelijke vormveranderingen kunnen achteraf worden gecorrigeerd door middel van verschillende reconstructieve technieken. In sommige gevallen kunnen je gynaecoloog en plastisch chirurg samenwerken tijdens de tumorectomie, om belangrijke vervormingen te voorkomen. Technieken uit de plastische chirurgie worden aangewend om het overblijvende borstweefsel onmiddellijk na de tumorectomie tot een welgevormde borst te remodelleren. Dit noemt men oncoplastische heelkunde. De hoofdzaak blijft echter nog altijd de oncologische veiligheid.

Wie komt in aanmerking voor een borstreconstructie?

De meeste patiënten die een borstreconstructie ondergaan, doen dit na behandeling voor borstkanker. Ook in andere situaties kan een borstreconstructie aangewezen zijn, bijvoorbeeld ten gevolge van een aangeboren afwezigheid van een borst, na een trauma zoals brandwonden, of na eender welke aandoening met een vervormde borst tot gevolg.

In principe komt elke patiënt in aanmerking voor een borstreconstructie, op voorwaarde dat de oorzaak (bv. borstkanker) onder controle is. Leeftijd op zich is geen reden



Waarom een borstreconstructie?

Het voornaamste doel van een borstreconstructie is de kwaliteit van leven voor de patiënt te verbeteren. Emotioneel gezien kan een borstamputatie of een vervormde borst een ernstige weerslag hebben op het algemeen functioneren van de patiënt. Studies hebben aangetoond dat reconstructie van de borst een gunstige invloed heeft op verschillende psychologische aspecten, zoals een verbeterd zelfbeeld, minder depressieve gevoelens en gedachten en herstel van de seksuele beleving. Vooral het feit dat men niet meer dagelijks wordt geconfronteerd met de uitwendige borstprothese en de hiermee gepaard gaande moeilijkheden qua kleding en fysieke activiteit, is voor vele patiënten een opluchting.

om van een reconstructie af te zien. De algemene medische toestand is wel een meespelende factor, die vooral een beslissende rol zal spelen in de keuze van het type borstreconstructie. Gezien de brede waaier aan reconstructieve mogelijkheden, kan voor elke patiënt een oplossing op maat gevonden worden.

Motivatatie en een realistisch verwachtingspatroon zijn zeer belangrijk wanneer je een borstreconstructie overweegt. Op de raadpleging plastische heelkunde zal de uitgebreidheid van de verschillende types van reconstructies worden besproken, alsook de mogelijke complicaties. Soms zijn er meerdere ingrepen nodig om tot het eindresultaat te komen. Niet alleen lichamelijk maar ook geestelijk kan dit een zwaar proces zijn. Het is van groot belang dat je als patiënt weet wat te verwachten, want een gereconstrueerde borst zal nooit identiek zijn aan de natuurlijke borst.



Wanneer kan ik mijn borst(en) laten reconstrueren?

Wat de timing van de borstreconstructie betreft, zijn er twee mogelijkheden:

- Ofwel gebeurt de reconstructie tijdens dezelfde ingreep waarbij de tumor of volledige borst wordt verwijderd. Dit noemen we een onmiddellijke of primaire reconstructie.
- Ofwel gebeurt de reconstructie op een later tijdstip tijdens een aparte ingreep, dit noemen we een laattijdige of secundaire reconstructie. In dit geval wordt aangeraden minstens 6 maanden te wachten na afwerken van de behandeling, om de weefsels en algemene fysieke toestand te laten herstellen. De beslissing om voor een onmiddellijke dan wel laattijdige reconstructie te kiezen, gebeurt in overleg met de patiënt, gynaecoloog en plastisch chirurg. De aard van de tumor, de toestand van de klieren en de noodzaak tot bijkomende behandeling zijn de belangrijkste factoren die deze beslissing beïnvloeden. Elke optie heeft zijn voor- en nadelen, uiteraard speelt het standpunt van de patiënt ook een grote rol.

Onmiddellijke reconstructie



Het **belangrijkste voordeel**

van deze techniek is dat de patiënte uit de narcose ontwaakt met een borst, zij

het een gereconstrueerde. Je blijft met andere woorden gespaard van de psychologische belasting om te leven zonder borst. Een ander voordeel is dat een deel van de huid van de borst kan bewaard worden, waardoor er minder littekens zijn en het resultaat meestal esthetisch mooier. Bovendien betekent deze gecombineerde ingreep een operatie en dus een herstelperiode minder voor de patiënt.



Het **grootste nadeel** is dat de

operatie langer duurt en de herstelperiode zwaarder is bij een gecombineerde ingreep. In

geval van bestralingstherapie achteraf, kan het esthetische resultaat van de gereconstrueerde borst nadelig worden beïnvloed. In de meeste gevallen wordt een onmiddellijke reconstructie afgeraden ingeval nabestraling nodig is. Belangrijk om te weten is dat een gereconstrueerde borst de opvolging van borstkanker niet bemoeilijkt.



Laattijdige reconstructie



Het **belangrijkste nadeel**

wanneer de borst niet meteen wordt gereconstrueerd, is dat de patiënte een periode zonder borst door het leven zal moeten gaan. Dit is voor vele patiënten emotioneel moeilijk gezien ze dagelijks worden geconfronteerd met de ziekte, terwijl ze deze periode in hun leven vaak zo snel mogelijk achter zich willen laten.



Toch kan het voor sommige vrouwen een extra motivatie zijn om een reconstructieve ingreep te doorstaan, of soms heeft een patiënte nood aan deze periode om uit te zoeken welk type reconstructie het best aan haar behoeften beantwoordt.

Hoe gebeurt een borstreconstructie?

De verschillende manieren om een borst te reconstrueren kunnen worden onderverdeeld in 2 grote groepen:

- reconstructie door middel van een implantaat of inwendige prothese
- reconstructie door middel van eigen weefsel of autologe reconstructie

In sommige gevallen wordt een combinatie van beiden toegepast. Onafhankelijk van het type borstreconstructie zijn er meestal meerdere ingrepen nodig om tot het eindresultaat te komen. In een eerste fase wordt het volume en indien nodig de huid van de borst gereconstrueerd. In een tweede fase worden eventuele correcties uitgevoerd van de vorm en/of het volume zodat beide borsten symmetrisch zijn. In een laatste fase wordt de tepel gereconstrueerd. Uiteraard is elke patiënt uniek en zal het behandelingsschema worden aangepast aan de noden en wensen van elk individu.

Borstreconstructie met implantaat: prothesereconstructie

De eenvoudigste manier om het borst-volume te herstellen is door middel van een implantaat of inwendige prothese. Borstprothesen bestaan uit een siliconen omhulsel, gevuld met een gel van siliconen. Voor borstreconstructies worden de zogenaamde anatomische of druppelvormige prothesen gebruikt, omdat deze de vorm van een natuurlijke borst nabootsen. Deze prothesen bestaan in verschillende groottes en afmetingen, zodat men voor elke patiënt een gepaste prothese kan gebruiken. Indien na de borstamputatie voldoende soepele huid aanwezig is en de grote borstspier is intact, dan kan onmiddellijk het definitieve implantaat worden ingebracht onder de borstspier. De huid wordt gesloten volgens de incisies van de mastectomie, zodoende is er meestal slechts één litteken.

Meestal echter gebeurt een prothesereconstructie in twee stappen. In eerste instantie wordt een tijdelijke weefsel-expander geplaatst onder de borstspier. Dit kan tijdens de mastectomie gebeuren of op eender welk moment na het beëindigen van de behandeling, ook na meerdere jaren. Deze expanderprothese wordt stap voor stap opgevuld met fysiologisch water, zodat de bovenliggende huid en spier worden opgerekt. Zo wordt er een holte gecreëerd waarin tijdens een tweede ingreep de definitieve siliconenprothese kan worden geplaatst.



De **voordelen** van een prothesereconstructie zijn de korte duur van de ingreep, een korte hospitalisatie en snel herstel. De ingreep zelf houdt weinig risico in, zodat ook patiënten in minder goede algemene conditie deze reconstructie kunnen ondergaan.



De **nadelen** van een prothesereconstructie zijn verbonden aan de prothese zelf. Hoewel de huidige borstprothesen van zeer goede kwaliteit zijn en zeker geen gezondheidsrisico inhouden, kan het gebeuren dat een infectie of lekkage optreedt, waardoor de prothese moet verwijderd worden. Op lange termijn kan er zich een hard kapsel vormen rondom de prothese, waardoor de vorm van de borst verandert.

Deze complicaties treden vaker op als de borstregio bestraald werd. Een ander nadeel is dat een prothesereconstructie minder natuurlijk 'verouderd' ten opzichte van een reconstructie met eigen weefsel. In geval van een eenzijdige reconstructie kan dit na meerdere jaren aanleiding geven tot asymmetrie met de gezonde borst, wat met een heringreep kan gecorrigeerd worden.

Autologe reconstructie: flapreconstructie

Bij een borstreconstructie met eigen weefsel wordt een “flap” van huid, vet en soms spier getransfereerd van één zone van het lichaam naar de borstregio. Deze flap heeft een eigen bloedvoorziening, zodat het weefsel zacht en soepel blijft en kan ingroeien ter hoogte van de borst. Het resultaat van een flapreconstructie is natuurlijker dan een reconstructie met prothese.

De zone waar het weefsel genomen wordt, noemen we de donorzone. Indien deze zone zich dichtbij de borst bevindt, kan het bloedvat intact blijven en spreken we van een gesteelde flap.

Een voorbeeld hiervan is de latissimus dorsi flap: huid en onderhuids vet van de rug worden met de grote rugspier onder de oksel door naar voor verplaatst. Tegenwoordig bestaan er ook technieken om de rugspier te sparen, waardoor de last voor de patiënt en de kans op complicaties verkleinen.



Het **grootste voordeel** is dat deze ingreep technisch niet zo moeilijk is en dus van relatief korte duur. Patiënten die een langdurige ingreep niet aankunnen, komen vaak wel in aanmerking voor dit type reconstructie.



Een **nadeel** is dat de meeste mensen niet veel overtollige huid en vet op de rug hebben. De grootte van de borst die hiermee kan gemaakt worden, is dus meestal beperkt.

Indien de donorzone zich op een grotere afstand van de borstregio bevindt, moeten de bloedvaten worden doorgenomen en onder de microscoop verbonden worden met bloedvaten ter hoogte van de borst. Dit noemen we een vrije flap. Hiervoor is microchirurgie nodig.

De meest gebruikte flap is de DIEP-flap, waarbij huid en vetweefsel van de buikwand wordt gebruikt, zonder de buikspieren op te offeren. Deze flap is tegenwoordig de eerste keuze voor zowel eenzijdige als dubbelzijdige borstreconstructie, omdat de meeste vrouwen ter hoogte van deze regio een grotere hoeveelheid huid en vetweefsel kunnen missen. De borst die gecreëerd wordt met deze flap voelt heel natuurlijk aan en zal op termijn wat uitzakken, zoals elke gezonde borst doet. De aanwezigheid van de bloedvaten wordt vooraf gecontroleerd door een CT-scan.

Indien het weefsel van de buik niet kan gebruikt worden (bv. omdat de patiënt reeds een buikwandcorrectie heeft gehad) zijn er andere mogelijke donorzones: ter hoogte van de bil, de binnenzijde van de dij, de onderrug.... De plastisch chirurg zal per patiënt bekijken welke mogelijkheden bestaan.



Het **belangrijkste nadeel** van een microchirurgische reconstructie is de langere duur van de ingreep. Hierdoor is de herstelperiode ook langer. Ook bestaat het risico dat er zich een klonter vormt daar waar de bloedvaatjes aan elkaar zijn gezet. Er komt dan geen bloed meer in de flap, waardoor snel ingrijpen nodig is om de klonter te verwijderen.



De **voordelen** zijn dat geen inwendige prothese nodig is, de borst voelt natuurlijk aan en is warm, de vorm van de gezonde borst kan worden nagebootst en de gereconstrueerde borst zal mee verouderen net zoals de gezonde borst. Hierdoor zijn op lange termijn meestal geen correcties nodig, in tegenstelling tot een prothesereconstructie.

Combinatie van eigen weefsel met prothese

Wanneer de borstregio bestraald moet worden of bestraald is geweest, is de kwaliteit van de huid meestal onvoldoende voor een reconstructie met weefsel-expander en/of prothese. Het risico op wondproblemen met infectie en verlies van de prothese tot gevolg, is te groot. Indien de patiënt echter geen vrije flapreconstructie

wenst of niet in aanmerking komt, bestaat er toch een mogelijkheid om een mooie borst te reconstrueren. De grote rugspier wordt met een eilandje huid en vet naar voor verplaatst zodat er gezond en soepel weefsel ter hoogte van de borstregio komt. Hieronder kan dan een weefselexpander en later een prothese worden geplaatst om het volume van de nieuwe borst te herstellen. Aangezien de prothese bedekt is met gezond, niet-bestraald weefsel, is de kans op complicaties door de prothese veel kleiner.

Lipofilling

Lipofilling betekent letterlijk “vetvulling” en omvat de transfer van vet van de patiënt van de ene naar de andere plaats. Het vet wordt afgenomen door middel van liposuctie waar de patiënt vet op overschot heeft, meestal ter hoogte van de dijen, buik of de zogenaamde ‘lovehandles’. Het vet wordt gezuiverd en onmiddellijk met spuitjes ingebracht ter hoogte van de gewenste regio.



Het verschil met een flap-transplantatie is dat het vet geen eigen bloedvoorziening meebrengt. Dit is het **belangrijkste nadeel**. Het volume dat in één sessie kan ingebracht worden is dus beperkt. Ook kan een deel van het ingebrachte vet na enkele weken wegsmelten, zodat er iets minder volume overblijft dan initieel ingebracht.



Het **voordeel** is dat een dergelijke ingreep weinig ingrijpend is en vaak onder lokale verdoving kan plaatsvinden. De herstelperiode is heel kort. Lipofilling kan zo vaak herhaald worden als gewenst en kan gecombineerd worden met andere ingrepen. De chirurg kan ook kiezen hoe hij het vet verdeelt, zodat hij de vorm van de borst ook kan aanpassen.

Lipofilling is nuttig in verschillende situaties:

- als aanvulling na een borstreconstructie met eigen weefsel of prothese om de vorm mooier te krijgen of om symmetrie met de andere borst te bekomen
- als aanvulling na een borstreconstructie met prothesen om een natuurlijker uitzicht en gevoel te verkrijgen
- als behandeling van stugge en beschadigde huid door bestraling; het inbrengen van lichaamseigen vet verbetert de doorbloeding, maakt de weefsels terug soepel en herstelt de kwaliteit van de huid
- als behandeling van een indeuking of asymmetrie na tumorectomie, al dan niet met nabestraling.

Lipofilling kan ook gebruikt worden om een volledige borst te reconstrueren. Gezien het volume vet dat per sessie kan worden ingebracht beperkt is, zijn meestal meerdere sessies nodig om een voldoende grote borst

te reconstrueren. Tussen twee sessies moet men 3 tot 4 maanden wachten, zodat er al snel een jaar voorbij is vooraleer men het eindresultaat bereikt. Dit is de reden dan deze techniek nog niet vaak wordt toegepast. Sommige chirurgen maken zich bovendien zorgen over de veiligheid van lipofilling na borstkanker, doch recente studies hebben aangetoond dat er geen hoger risico is op herval of uitzaaiingen na lipofilling.

Reconstructie van tepel en tepelhof

De laatste fase van de borstreconstructie is de reconstructie van de tepel. Dit gebeurt meestal een drietal maanden na de ingreep, wanneer patiënt en chirurg tevreden zijn over de vorm en symmetrie van de borst(en). Met een klein huidflapje wordt het reliëf van de tepel gecreëerd. Als deze littekentjes genezen zijn, wordt het tepelhof getatoeëerd als kers op de taart. De patiënt kan mee beslissen over grootte en kleur.

Hier noteer ik mijn eventuele vragen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Deze brochure is bedoeld als hulpmiddel voor patiënten die informatie wensen over een borstreconstructie. Je vindt in deze brochure basisinformatie over de ingreep, de herstelperiode en mogelijke complicaties. Gezien elke persoon uniek is, is een raadpleging bij jouw plastisch chirurg onontbeerlijk voor een persoonlijke benadering en individueel behandelplan. We vragen jou dit boekje mee te brengen bij iedere consultatie voor verdere uitleg en planning van de afspraken.

Indien je meer informatie wenst, kan je terecht op de volgende websites:

- onze praktijk Clinic 12b: www.clinic12b.be
- Royal Belgian Society for Plastic Surgery: www.rbsps.org

CAMPUS RUMST

's Herenbaan 172 | 2840 Rumst

algemeen: 03 880 90 11

afspraken medische beeldvorming/MRI: 03 880 90 95

spoedgevallen: 03 880 95 20

CAMPUS BORNEM

Kasteelstraat 23 | 2880 Bornem

algemeen: 03 880 90 11

afspraken medische beeldvorming: 03 880 90 95

spoedgevallen: 03 890 16 03

CAMPUS WILLEBROEK

Tisseltsesteenweg 27 | 2830 Willebroek

algemeen: 03 880 90 11

ref.: 50120932

versie: 09/10/2026

foto's & illustraties: Adobe stock

eigenaar: prof. dr. Thierry Tondou, plastisch chirurg

v.u.: Sofie Vermeulen, communicatie